

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6641**

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SAHABI Abderrahmane**

Date de naissance : **1951**

Adresse : **No. Rue Mikheil Nasrime - App. 10
Casablanca**

Tél. : **0619863521**

Total des frais engagés : **2500,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **31/05/23**

Nom et prénom du malade : **Sahabi Abderrahmane**

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Injection intra-vitrénienne**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

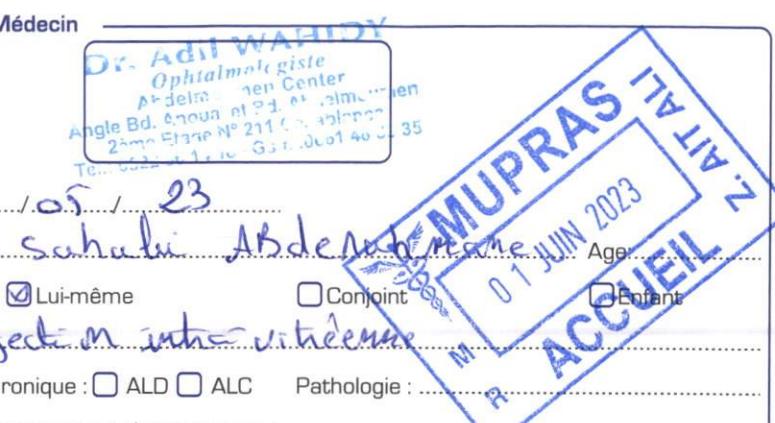
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca**

Le : **31/05/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Ciffrant | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|--|--------------------|---------------------------------|--|
| 31/05/2013 | Injet anti-ang. U. Menel | 5.00 | | |
| | Dr. F. A. M. B. | | | |
| | CLINIQUE D'ANG. 28. Angle des des rues | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture | R CLINI 28, des Tel. 0 |
|--|------|-----------------------|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE NOUR OCEAN OPTIQUE MOROCCO OPHTHALMOLOGIE CASABLANCA

28 ANGLE RUE DES PALMIERS ET ROUTE DES FACULTES

OASIS CASABLANCA

TEL : 0522 23 49 89 FAX : 0522 23 49 87

CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •



BILLET DE SORTIE

| | | |
|--------------------------------------|-------------|------------------|
| Nom du patient : SAHABI ABDERAHMANE | | |
| Chambre : NA | | |
| Médecin traitant | WAHIDY ADIL | |
| Prise en charge | PAYANT | |
| Date entrée | 31/05/2023 | |
| Date sortie | 31/05/2023 | |
| Le caissier | L'infirmier | Le major |
| Billet de sortie établi par : AJGHID | | 31/05/2023 09:04 |
| | | 4994/23 |

FACTURATION
CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE
28 Angle des Palmiers et Route
des Facultés
Tél : 05 22 23 49 89

D.R. WAHIDY
OPHTHALMOLOGIST
Abdelneuman Center
28 Avenue Zerktouni
et Bd Abdellatif
Tél : 05 22 23 49 89



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67

28، زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 87 • الفاكس: 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

رقم مص: 090060914 • المتن: 34751148 • تج: 40143077 • صورج: 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • التجاري وفا بنك: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 000122700000605 67

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

5 Date de consultation et état du malade :

31/05/23

6 Renseignements cliniques sommaires :

Injection intra-vitréenne de l'O^G
K40

**7 Traitement envisagé correspondant à la
Cotation indiquée sur le bulletin d'information
Demande d'entente préalable (si possible nombre des actes) 09**

Injection intra-vitréenne de l'O^G
K40

8 Durée prévisible du traitement :

A Casa LE 31/05/23

Signature

Dr. Saidi WAHIDY
Ophtalmologiste
Aldeinien Center
Angle Bd. Bourguiba et Bd. 21 Novembre
Tunis 1000 - Tel. 21150 356666
Fax. 21150 356666
G.R. 001 40 35



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNO •



mercredi 31 mai 2023

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Opérateur : DR WAHIDY ADIL

Mr. SAHABI Abderrahmane

Injection intra-vitréenne d'Anti VEGF au niveau de l'oeil gauche

Désinfection à la bétadine 3 mm

Champs malade

Blépharostat

Repérage du poit d'injection du limbe supérieure de 4 mm

Injection de 1,25 mg fractionnée d'AntiVEGF en intra-vitréen

Pommade tobradex

Dr. Adil WAHIDY
Ophtalmologiste
Adil Eye Center
Angle Bd. Abdellatif et Bd. Al Moutawakel
25ème Etage n° 2114 - Casablanca
Tel. 0522 26 12 34 - Gsm. 051 46 22 35



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67

زنقة التحيل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 87 • الفاكس: 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

روهمص، الباشية، تج: 40143077 • م.ش: 8282733 • صورج: 002782953000058 • وكالة مرجع 2 مارس • التعريف البنكي: 090060914 34751148



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •



FACTURE

N° 4 994 / 2023 du 31/05/2023

| | | | |
|-----------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | SAHABI ABDERAHMANE | Entrée 31/05/2023 | Sortie 31/05/2023 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

DR. WAHIDY ADIL (OFH)

INJECTION INTRA-VITREENNE

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------------|--------|------------|---------------|-----------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| FRAIS CLINIQUE IVT | 1.00 | K40 | 1 250.00 | 1 250.00 |
| | | | Sous-Total | 1 250.00 |
| Total Frais Clinique | | | | 1 250.00 |
| PRESTATIONS EXTERNES | | | | |
| DR. WAHIDY ADIL (oph) | 1.00 | K | 1 250.00 | 1 250.00 |
| | | | Sous-Total | 1 250.00 |
| Total prestations externes | | | | 1 250.00 |

Total général 2 500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|--|--|--|----------------|-------|
| | 2 500.00 | | | | 2 500.00 | 0.00 |

FACTURATION
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28. Angle des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca
des Facultés des Sciences et Techniques
Tel: 05 22 23 49 89 LG

FACTURATION
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28. Angle des Palmiers et Route des Facultés
des Facultés des Sciences et Techniques
Tel: 05 22 23 49 89 LG



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

زنقة التخليل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 87 • الفاكس: 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

روهمص: 090060914 • الباتننا: 34751148 • تج: 40143077 • صورض: 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • التجاري وافق بنك: وكالة معج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 0001227000000605 67